



## Comune di Modena

Settore Politiche Sociali, Sanitarie e per l'Integrazione

### **CASE FAMIGLIA/GRUPPI APPARTAMENTO PER ANZIANI O DISABILI ADULTI**

#### **COMUNICAZIONE DI AVVIO DELL' ATTIVITA'**

*- ai sensi della direttiva regionale n. 564/2000 paragrafo 9.1*

AL DIRIGENTE SETTORE POLITICHE SOCIALI SANITARIE E PER  
L'INTEGRAZIONE DEL COMUNE DI MODENA

Il/La  
sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

via/piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato/a in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

in qualità di Rappresentante Legale di:

denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

via/piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

con recapito in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
PEC posta elettronica certificata \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## COMUNICA

- che è stata presentata la SCIA in data \_\_\_\_\_
- che la CASA FAMIGLIA, ( o GRUPPO APPARTAMENTO) per anziani/disabili adulti denominata \_\_\_\_\_  
ubicata a Modena in  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
**ha avviato** l'attività assistenziale in data \_\_\_\_\_;
- il numero massimo (entro 6 unità ) di utenti che possono essere ospitati nella sede: N. \_\_\_\_\_
- le caratteristiche dell'utenza ospitata (specificare se disabili o anziani):  
\_\_\_\_\_
- il numero del personale che opera nella struttura N. \_\_\_\_\_
- la qualifica del personale che opera: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- la modalità di accoglienza dell'utenza: (rapporto diretto con gli utenti, stipula di convenzione, ecc);  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- la retta richiesta agli ospiti e/o familiari (specificare importo e se giornaliera o mensile) \_\_\_\_\_;
- eventuali partecipazione alla spesa di soggetti pubblici  
\_\_\_\_\_.

### Allego:

- Carta dei servizi
- Copia del modello di cartella personale in uso, contenente il piano assistenziale individuale da compilarsi per ogni ospite;
- Planimetria dell'abitazione a firma dell'interessato, possibilmente in scala 1:100, con destinazione d'uso dei locali e individuazione del numero dei posti letto a disposizione degli ospiti;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (resa ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000) da parte del Soggetto gestore che attesti il possesso dei requisiti strutturali e organizzativi previsti dal Regolamento;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (resa ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000) da parte del Soggetto gestore e da parte di ciascun operatore in servizio presso la struttura di non aver riportato condanne penali, di non essere a conoscenza di essere attualmente

sottoposto a procedimenti penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, iscritti al casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.

**Si dichiara di avere preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale protezione dati 2016/679 sul sito:  
<https://www.comune.modena.it/welfare/privacy>**

Modena, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

( allegare copia del documento di identità)